

# แบบสอบถามอาการแพนกวโรคภายใน

ない かもんしんひょう  
内科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ねん \_\_\_\_\_

เดือน がつ \_\_\_\_\_

วันที่ にち \_\_\_\_\_

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんかろび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> _____	เดือน <small>がつ</small> _____	วันที่ <small>にち</small> _____
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>			
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
สัญชาติ <small>こくせき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>		

มีอาการอย่างไร どうしましたか

<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <small>なつ</small> 熱がある )	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <small>のどが</small> 痛い	<input type="checkbox"/> ไอ <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <small>あたま</small> 痛い
<input type="checkbox"/> ปวดหน้าอก <small>むね</small> 痛い	<input type="checkbox"/> เป็นผื่นแดง <small>ほっしん</small>	<input type="checkbox"/> หัวใจเต้นเร็ว <small>どうき</small>	<input type="checkbox"/> หายใจหอบ <small>いき</small> 切れ
<input type="checkbox"/> บวม <small>むくみ</small>	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <small>めまい</small>	<input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <small>むね</small> 苦しい	<input type="checkbox"/> ปวดท้อง <small>なか</small> 痛い
<input type="checkbox"/> ปวดกระเพาะอาหาร <small>い</small> 痛い	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつ</small>	<input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <small>しびれ</small>	<input type="checkbox"/> คอแห้ง <small>のど</small> 乾く
<input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <small>たいじゅう</small> 減っている	<input type="checkbox"/> ท้องอืด, ท้องเฟ้อ <small>なか</small> 張る	<input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <small>しょくよく</small>	<input type="checkbox"/> อูจจาระเป็นเลือด <small>けつ</small>
<input type="checkbox"/> อาเจียร <small>あせ</small>	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <small>なげ</small>	<input type="checkbox"/> ท้องเสีย <small>げり</small>	
<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <small>だるい</small>	<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่าย <small>つか</small> やすい	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか

\_\_\_\_\_ ตั้งแต่ปีพ.ศ. ねん \_\_\_\_\_ เดือน がつ \_\_\_\_\_ วันที่ にち \_\_\_\_\_

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ くすり た 食物でアレルギーが 出ますか

เคย はい →  ยา くすり  อาหาร た 食物  อื่นๆ その他  ไม่เคย いいえ

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ けんざいの 薬はありますか

กิน はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆ 持っていれば見せてください  ไม่ให้ いいえ

ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ にんしん 妊娠していますか、またその可能性はありますか

มี はい → \_\_\_\_\_ เดือน かげつ  ไม่มี いいえ

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ じゆにゅうちゆう 授乳中ですか

ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いま までにかかった 病気はありますか

<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう ひょうき</small>
<input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう ひょうき</small>	<input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく</small>	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうにょうびょう</small>
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしょう</small>	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>こうじょうせん ひょうき</small>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>		<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく</small>

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ げんざい ちりょう 現在治療している病気はありますか

ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ しじゆつ 手術を受けたことがありますか

ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ ゆけつ 輸血を受けたことがありますか

ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

ต่อไปนี้จะหาล่ามพามาเองได้ หรือไม่ こんご 通訳を自分で 連れてくることができますか

ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

# แบบสอบถามอาการแพนคลีัยกรรม

け か もんしんひょう  
外科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

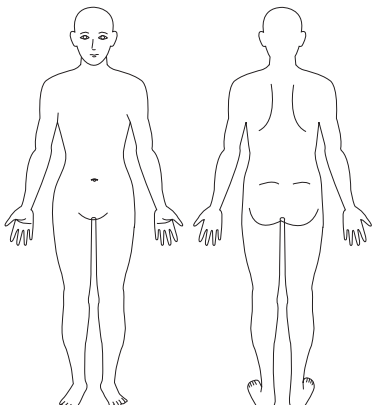
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年

เดือน <sup>がつ</sup> 月

วันที่ <sup>にち</sup> 日

ชื่อและนามสกุล <sup>なまえ</sup> 名前			<input type="checkbox"/> ชาย <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> หญิง <sup>おんな</sup> 女
วันเดือนปีเกิด <sup>せいねんがらび</sup> 生年月日	_____ ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年 _____ เดือน <sup>がつ</sup> 月 _____ วันที่ <sup>にち</sup> 日	เบอร์โทรศัพท์ <sup>でんわ</sup> 電話		
ที่อยู่ <sup>じゅうしょ</sup> 住所				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <sup>けんこうほけん</sup> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい		<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ	
สัญชาติ <sup>こくさき</sup> 国籍	_____	ภาษา <sup>ことば</sup> 言葉	_____	

มีอาการอย่างไร <sup>どうしましたか</sup> どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการอย่างไร <sup>しょうじょう</sup> 症状のあるところに丸をしてください
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <sup>おたけ</sup> 熱がある ) <input type="checkbox"/> ปวดท้อง <sup>おなかが痛い</sup> <input type="checkbox"/> บาดแผล <sup>けが</sup> <input type="checkbox"/> ผลลวด <sup>やけど</sup> <input type="checkbox"/> แข็งเป็นปมก้อน <sup>しこり</sup> <input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <sup>しびれ</sup> <input type="checkbox"/> เคล็ด <sup>ひねった</sup> <input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <sup>たいじゅうがへ</sup> 減っている <input type="checkbox"/> คัน <sup>かゆい</sup> <input type="checkbox"/> นิ่ว <sup>たんせき</sup> 胆石 <input type="checkbox"/> บวม <sup>はれ</sup> 腫れ <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <sup>じ</sup> 痔 <input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นเลือด <sup>けつべん</sup> 血便 <input type="checkbox"/> คอ <sup>こうじょうせん</sup> のど (甲状腺) <input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup>	
<input type="checkbox"/> คอ <sup>くび</sup> 首 <input type="checkbox"/> ปอด <sup>はい</sup> 肺 <input type="checkbox"/> หน้าอก <sup>にゅうぼう</sup> 乳房 <input type="checkbox"/> ภาวะแพ้อาหาร <sup>い</sup> 胃 <input type="checkbox"/> สะตือ <sup>へそ</sup> <input type="checkbox"/> ลำไส้ <sup>ちよう腸</sup>	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <sup>それはいつからですか</sup> それはいつからですか	
_____ ตั้งแต่ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年 _____ เดือน <sup>がつ</sup> 月 _____ วันที่ <sup>にち</sup> 日から	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <sup>くすり たべもの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> เคย <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> ยา <sup>くすり</sup> 薬 <input type="checkbox"/> อาหาร <sup>たべもの</sup> 食べ物 <input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <sup>いいえ</sup> いいえ	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <sup>げんざい</sup> 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> กิน <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> ชนิดนี้ถ้ามียานั้นอยู่ขอดูหน่อย <sup>も</sup> 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <sup>にんしん</sup> 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい → _____ เดือน <sup>かげつ</sup> ヶ月 <input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ	
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <sup>じゅうちゅう</sup> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <sup>いちょう びょうき</sup> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> โรคตับ <sup>かんぞう びょうき</sup> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <sup>しんぞう びょうき</sup> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคไต <sup>じんぞう びょうき</sup> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> วัณโรค <sup>けっかく</sup> 結核 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <sup>とうようびょう</sup> 糖尿病 <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症 <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <sup>エイズ</sup> <input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <sup>こうじょうせん びょうき</sup> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <sup>はいどく</sup> 梅毒 <input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup>	
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <sup>げんざい</sup> 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <sup>しゅじゅつ</sup> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <sup>ゆけつ</sup> 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <sup>ますい</sup> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
คำถามสำหรับผู้ที่มีใบมอบส่งตัวจากแพทย์ <sup>しょうかいじょう</sup> 紹介状のある方だけ書いてください	
มีฟิล์มเอกซเรย์หรือไม่ <sup>レントゲンフィルム</sup> を持っていますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
มีฟิล์มของการส่องกล้องตรวจภายในหรือไม่ <sup>ないしきょう</sup> 内視鏡フィルムを持っていますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

ต่อไปนีื้ หารล่ำมพามาเองได้ หรือไมื้ こんご づうやく しづみ つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ให้ はい

ไมื้ให้ いいえ

<2/2ページ>

# แบบสอบถามอาการแพนกวัดลยกรมกระดูก

せいけい げ か もんしん ひょう  
整形外科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

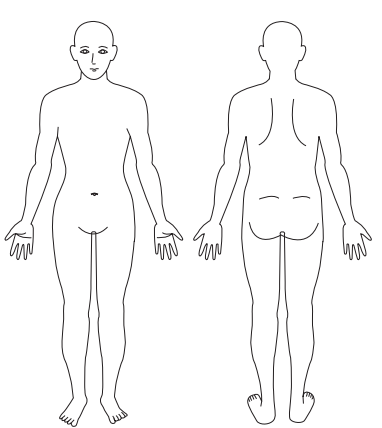
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年

เดือน <sup>がつ</sup> 月

วันที่ <sup>にち</sup> 日

ชื่อและนามสกุล <sup>なまえ</sup> 名前		<input type="checkbox"/> ชาย <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> หญิง <sup>おんな</sup> 女
วันเดือนปีเกิด <sup>せいねんがつび</sup> 生年月日	ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年	เดือน <sup>がつ</sup> 月	วันที่ <sup>にち</sup> 日
ที่อยู่ <sup>じゅうしょ</sup> 住所	เบอร์โทรศัพท์ <sup>でんわ</sup> 電話		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <sup>けんこうほけん</sup> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ	
สัญชาติ <sup>こくさき</sup> 国籍	ภาษา <sup>ことば</sup> 言葉		

มีอาการอย่างไร <sup>どうしましたか</sup> どうしましたか	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการอย่างไรได้ <sup>しょうじょう</sup> 症状のあるところに丸をしてください	
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <sup>ねつ</sup> 熱) がある <input type="checkbox"/> บาดแผล <sup>けが</sup> けが <input type="checkbox"/> แฉกเป็นปมก้อน <sup>しこり</sup> しこり <input type="checkbox"/> คัน <sup>かゆい</sup> かゆい <input type="checkbox"/> เคล็ด <sup>ひねった</sup> ひねった <input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他		
<input type="checkbox"/> เจ็บ <sup>いた</sup> 痛み <input type="checkbox"/> แผลลวก <sup>やけど</sup> やけど <input type="checkbox"/> บวม <sup>はれもの</sup> はれもの <input type="checkbox"/> เป็นเหน็บ <sup>しびれ</sup> しびれ <input type="checkbox"/> น้ำหนักลดลง <sup>たいじゅう</sup> 体重が減っている		
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <sup>それはいつからですか</sup> それはいつからですか		
ตั้งแต่ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年	เดือน <sup>がつ</sup> 月	วันที่ <sup>にち</sup> 日
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <sup>くすり たの</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか		
<input type="checkbox"/> เคย <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> ยา <sup>くすり</sup> 薬	<input type="checkbox"/> อาหาร <sup>たの</sup> 食べ物	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <sup>いいえ</sup> いいえ		
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <sup>げんざいの</sup> 現在飲んでいる薬はありますか		
<input type="checkbox"/> กิน <sup>はい</sup> はい → <input type="checkbox"/> ชนิดถ้ามียาน้อยอยู่ขอคุณอย <sup>も</sup> 持っているば見せてください	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <sup>にんしん</sup> 妊娠していますか、またその可能性はありますか		
<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい →	เดือน <sup>かげつ</sup> 月	<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <sup>じゆうちゅう</sup> 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか		
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <sup>いちょう</sup> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> โรคไต <sup>じんぞう</sup> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症 <input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他	<input type="checkbox"/> โรคตับ <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <sup>とうようびやう</sup> 糖尿病 <input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> หืด <sup>ぜんそく</sup> ぜんそく <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <sup>はいどく</sup> 梅毒
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <sup>げんざいの</sup> 現在治療している病気はありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <sup>しじゆつ</sup> 手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <sup>くけつ</sup> 輸血を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <sup>ますい</sup> 麻酔をして何かトラブルがありましたか	<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ
ต่อไปนี้ หากถามพามาเองได้ หรือไม่ <sup>こんご</sup> 今後、通訳を自分で連れてくることができますか		
<input type="checkbox"/> ให้ <sup>はい</sup> はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ	

# แบบสอบถามอาการแพนคลีयरกรรมประสาทสมอง

のうしんけいげ かもんしんひょう  
脳神経外科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ねん 年

เดือน がつ 月

วันที่ にち 日

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> 年	เดือน <small>がつ</small> 月	วันที่ <small>にち</small> 日
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
สัญชาติ <small>こくさき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>		

มีอาการอย่างไร どうしましたか

ปวดหัว あたま いた 頭痛い       เวียนศีรษะ めまい       คลื่นไส้ はきけ 吐き気       แขนขาเป็นเหน็บ おうと 嘔吐

รู้สึกมีเสียงอื้อในหู みみ 鳴り 耳鳴り       เมื่อยไหล่ かた 肩こり       เป็นเหน็บ しびれ       แขนขาเป็นเหน็บ てあし の ふるえ 手足のふるえ

หมดสติ いしき が なくなる 意識がなくなる       ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัด きこえ にくい 聞こえにくい

มองเห็นไม่ชัด もの が 見え にくい 物が見えにくい       เดินไม่สะดวก あし 歩き にくい 歩きにくい

แขนขาเคลื่อนไหวไม่สะดวก てあし の 動き が 悪い 手足の動きが悪い       อื่นๆ その他

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか      ตั้งแต่ปีพ.ศ. ねん 年      เดือน がつ 月      วันที่ にち 日から

ห้วเคยได้รับการกระทบกระเทือนมาหรือไม่ あたま を ぶつけ ましたか 頭をぶつけましたか

เคย はい → ปีพ.ศ. ねん 年      เดือน がつ 月      วันที่ にち 日から       ไม่เคย いいえ

ส่วนไหนของหัวถูกกระทบกระเทือน どこをぶつけましたか       หัวด้านหน้า ぜんとうぶ 前頭部       หัวด้านหลัง こうとうぶ 後頭部       หัวข้างขวา みぎよこ 右横       หัวข้างซ้าย ひだりよこ 左横

เกิดอุบัติเหตุบนถนนใช่หรือไม่ こうつうじこ 交通事故ですか       มี はい       ไม่มี いいえ

คำถามสำหรับผู้ที่ปวดหัว あたま いた 方 への 質問 です 頭痛い方への質問です

เจ็บตรงไหน どこが痛みますか

หัวด้านหน้า ぜんとうぶ 前頭部       หัวด้านหลัง こうとうぶ 後頭部       หัวข้างขวา みぎよこ 右横       หัวข้างซ้าย ひだりよこ 左横       ทั้งหมด あたまぜんたい 頭全体

เจ็บอย่างไร どのように痛みますか

เต้นตึบๆตึกๆ ズキンズキン       ปวดอย่างรุนแรง ガンガン       เจ็บเหมือนถูกต้อนทุบ ガンと割れるように

รู้สึกชา キリキリ       ปวดจี้ตื้นขึ้นมา チクチク       อื่นๆ その他

มีอาการเจ็บมากที่สุดเวลาไหน いつが一番痛いですか

ตอนเช้า あさ 朝       ตอนกลางวัน ひる 昼       ตอนเย็น よる 夜       ตลอดทั้งวัน いちにちじゅう 一日中

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย はい →  ยา くすり 薬       อาหาร たべもの 食べ物       อื่นๆ その他       ไม่เคย いいえ

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ 現在飲んでる薬はありますか

กิน はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆออกดูหน่อย もって 見せて ください       ไม่ให้ いいえ

ขณะนี้มีการตั้งครรภ์ หรือ อาจมีการตั้งครรภ์หรือไม่ 妊娠していますか、またその可能性はありますか

มี はい →      เดือน かげつ ヶ月       ไม่มี いいえ

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ 授乳中ですか       ให้ はい       ไม่ให้ いいえ



ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いまま でにかかった病気はありますか

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう ひょうき 胃腸の病気</small> | <input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう ひょうき 肝臓の病気</small>             | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう ひょうき 心臓の病気</small> |
| <input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう ひょうき 腎臓の病気</small>                   | <input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small>                     | <input type="checkbox"/> หืด <small>ぜんそく ぜんそく</small>            |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>       | <input type="checkbox"/> โรคเอ็ดส <small>エイズ</small>                       | <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small>          |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>                               | <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>ぞうじょうせん ひょうき 甲状腺の病気</small> |  |

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ いま さい ちりやう している病気はありますか

ให้ はい       ไม่ให้ いいえ

ดื่มเหล้าหรือไม่ さけ の お酒を飲みますか

ดื่ม はい → \_\_\_\_\_ วันละ/ม.ล. ml/日       ไม่ดื่ม いいえ

สูบบุหรี่หรือไม่ たばこ を 吸いますか

สูบ はい → \_\_\_\_\_ วันละ/มวน 本/日       ไม่สูบ いいえ

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ しゆじゆつ う 手術を受けたことがありますか

ให้ はい       ไม่ให้ いいえ

เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ ますい して 何か トラブル がありましたか

ให้ はい       ไม่ให้ いいえ

ต่อไปนี้ หากถามพามาเองได้ หรือไม่ こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

ให้ はい       ไม่ให้ いいえ

# แบบสอบถามแผนกจิตเวช

せいしん かもんしんひょう  
精神科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ねん \_\_\_\_\_

เดือน がつ \_\_\_\_\_

วันที่ にち \_\_\_\_\_

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>			<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> _____	เดือน <small>がつ</small> _____	วันที่ <small>にち</small> _____	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>		
สัญชาติ <small>こくさき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>			

มีอาการอย่างไร どうしましたか

นอนไม่หลับ ねれない 眠れない       พุดมากกว่าปกติ いつもよりよくしゃべる

มีความกังวลและเกิดอาการตื่นตระหนกเฉียบพลัน ふあんやパニック発作 不安やパニック発作

แม้ว่าไม่มีใครอยู่รอบตัว แต่ รู้สึกได้ยินเสียง ของคนอื่น まわり ひと 人がいないのに 声が聞こえる

อารมณ์เศร้า うつ気分 気分       ไม่มีชีวิตชีวา げんきが 元気がない

รู้สึกเหมือนว่ามีใครมองเราอยู่ ひとに見られている 気がする       มีอารมณ์รุนแรง สนุกสนานผิดปกติ げんきが 元気が良すぎる

หหมดสติ 意識がなくなる       อยากตาย 死にたい

ตื่นเต้นง่าย 興奮しやすい       ใช้กำลังรุนแรง 暴力をふるう

อื่น ๆ その他

---

มีอาการตั้งแต่เมื่อไร それはいつからですか

\_\_\_\_\_ ตั้งแต่ปีพ.ศ. ねん \_\_\_\_\_ เดือน がつ \_\_\_\_\_ วันที่ にち \_\_\_\_\_

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ くすり た 食物でアレルギーが出ますか

เคย はい →  ยา くすり 薬    อาหาร た 食物    อื่น ๆ その他       ไม่เคย いいえ

ชื่อของผู้ที่ติดตามมาที่โรงพยาบาล つきそいしゃ しめい 付添者の氏名

เกี่ยวข้องกับใครกับคนไข้ ほんにん かんけい 本人との関係       ครอบครัว かぞく 家族    เพื่อน ゆうじん 友人    อื่น ๆ その他 → ( )

มาพบแพทย์วันนี้เป็นความประสงค์ของใคร ほんじつ じゆしん いし 本日の受診はどなたの意志ですか

เจ้าตัวเอง ほんにん 本人    ครอบครัว かぞく 家族    เพื่อน ゆうじん 友人    ตำรวจ けいさつ 警察    ผู้ที่ทำงานร่วมกัน きんむ 勤務先の人

อื่น ๆ その他 → ( )

วัตถุประสงค์ของการพบแพทย์ในวันนี้ คืออะไร ほんじつ じゆしん มุ้คเต้ กะ นัน 本日の受診の目的は何ですか

ขอวินิจฉัยโรค しんだん 診断       ขอใบรับรองวินิจฉัยโรค しんだんしょ 診断書

รักษาโรค ちりょう 治療       ขอ เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล にゅういん 入院

ขอให้แนะนำโรงพยาบาลที่อื่น しょうかい 紹介       ขอความเห็นของแพทย์จากโรงพยาบาล せคันโดอปีนิออน

อื่น ๆ その他 → ( )

ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ にんしん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか

มี はい → \_\_\_\_\_ เดือน かげつ ヶ月       ไม่มี いいえ

---

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ じゆにゅうちゅう 授乳中ですか       ให้ はい       ไม่ให้ いいえ

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ げんざい ちりょうちゅう びょうき 現在治療中の病気はありますか

มี はい → ชื่อของสถานรักษาพยาบาล いりょうきかんめい 医療機関名 \_\_\_\_\_       ไม่มี いいえ

---

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ げんざい くのすり 現在飲んでいる薬はありますか

กิน はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยอยู่ขอดูหน่อย もって いれば 見せてください       ไม่ให้ いいえ



ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いまま びょうき 今までにかかった病気はありますか

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคสมองเสื่อม <small>にんちしやう</small> 認知症   | <input type="checkbox"/> โรคติดสุราและติดยาเสพติด <small>アルกอฮอล์や薬物依存</small> アルコールや薬物依存                                     |  |
| <input type="checkbox"/> อาการผิดปกติทางอารมณ์ <small>きふんしやうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> โรคบ้าคลั่ง <small>そらびやう</small> 躁病 | <input type="checkbox"/> โรคจิตบ้าคลั่งสลับอาการซึมเศร้า <small>そらうつびやう</small> 躁鬱病   | <input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า <small>うつびやう</small> 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> อาการตื่นตระหนก <small>パニック</small> パニック  | <input type="checkbox"/> โรคนอนไม่หลับ <small>ふみんしやう</small> 不眠症  |  |
| <input type="checkbox"/> โรคบุคลิกภาพผิดปกติ <small>パーソナリティー</small> 障害 <small>しょうがい</small>   | <input type="checkbox"/> โรคความผิดปกติทางด้านการพัฒนา <small>はたつしやうがい</small> 発達障害   |  |
| <input type="checkbox"/> ปัญญาอ่อน <small>せいしん ちたい</small> 精神遲滞  | <input type="checkbox"/> โรคลมบ้าหมู <small>てんかん</small> てんかん   |  |
| <input type="checkbox"/> โรคจิตเภท <small>とうごうしちやうしやう</small> 統合失調症  | <input type="checkbox"/> โรคกลุ่มอาการเคลื่อนไหวมากเกินปกติ(โรคสมาธิสั้น) <small>ちゆういけつかん じょ た どうせいしやうがい</small> 注意欠陥(如)多動性障害 |  |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ <small>その他</small> → ( )   |   |  |

ต่อไปนี้จะหาลำพามาเองได้หรือไม่ こんご づうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- ให้ はい  ไม่ให้ いいえ

<2/2ページ>



# แบบสอบถามอาการแพนเด็ก

しょうに かもんしんひょう  
小児科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あるいはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุลของเด็ก <small>こどものなまえ</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがらび</small>	ปีพ.ศ. 年	เดือน 月	วันที่ 日
ที่อยู่ <small>じゅうしょ</small>	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ</small>		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけんも</small> 健康保険を持っていますか?		<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
สัญชาติ <small>こくせき</small>	ภาษา <small>ことば</small>		

มีอาการอย่างไร どうしましたか

มีไข้ ( ねつ 熱がある )     เจ็บคอ のどが痛い     ไอ せき     ชัก ひきつけをおこす

ซึมเศร้า げんきがでない     หงุดหงิด きげんが悪い     บวม むくみ     ปวดหัว あたまが痛い

ปวดท้อง なかいた     ปวดหน้าอก むねが痛い     เป็นผื่นแดง ほっしん     ปวดกระเพาะอาหาร いいた

อาเจียร おうと     เบื่ออาหาร しょくよくない     คลื่นไส้ はき気

น้ำหนักไม่เพิ่ม たいじゅうぞうかふりょう     ท้องเสีย げり     อุจจาระเป็นเลือด けつぶん

ไม่ค่อยดื่มนม ミルクの飲みが悪い     อื่นๆ その他

---

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ それはいつからですか    ตั้งแต่ปีพ.ศ. 年    เดือน 月    วันที่ 日から

เด็กเคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ くすり た もの 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย はい →  ยา くすり     ไข่ たまご     นม ぎゅうにゅう     อาหารนอกจากไข่และนม その他の食べ物     อื่นๆ その他     ไม่เคย いいえ

ปัจจุบันเด็กกินยาอยู่หรือไม่ けんさいの 現在飲んでいる薬はありますか

กิน はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยอยู่ขอคุณอย 持っていれば見せてください     ไม่ให้ いいえ

เด็กสามารถกินยาชนิดไหน しゅるい くすり の どんな種類の薬が飲めますか

ยาน้ำ (ไซรัป) シロップ     ยาผง こなすり     ยาเม็ดหรือแคปซูล じょうさい 錠剤またはカプセル

ประวัติแรกเกิดของเด็ก しゅさんとき 出産の時のようす

น้ำหนักของเด็กทารก あか \_\_\_\_\_ กรัม 赤ちゃんの体重    อายุของมารดา ははおや \_\_\_\_\_ 母親の年齢

คลอดปรกติ せいじょうぶんべん     คลอดผิดปกติ いじょうぶんべん     ผ่าตัดทำคลอด ていおうせつがい 帝王切開

ได้รับการฉีดวัคซีนอะไรบ้างแล้ว せつしゅす 接種済み予防接種

เชื้อแบคทีเรียไข้หวัดใหญ่ชนิดบี ヒブ     เชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบอาการหนัก はいえんきゅうきん 肺炎球菌

โปลิโอ ポリオ     วัคซีนรวม ๓ ชนิด ( ไอกรน คอตีบ และบาดทะยัก ) さんしゅこんごう 三種混合

วัคซีนรวม 4 ชนิด よんしゅこんごう 四種混合     บี.ซี.จี. BCG

การฉีดวัคซีนเอ็มอาร์ (โรคหัด•โรคหัดเยอรมันรวมกัน) ましん・ふうしん 混合     อีสุกอีใส みずぼうそう     คางทูม おたふく 風邪

โรคไขสมองอักเสบญี่ปุ่น にほんのらえん 日本脳炎     ไวรัสโรต้า ロタウイルス     อื่นๆ その他

ที่ผ่านมาเด็กเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง いま 今までにかった病気はありますか

หัดเยอรมัน ふうしん     อีสุกอีใส みずぼうそう     หัด ましん     หิด ぜんそく

คางทูม おたふく 風邪     ไอกรน ひやくち     ไส้ติ่งอักเสบ ちゅうすいえん 虫垂炎     โรคคางทูม かわさきびょう 川崎病

เกิดเป็นผื่นกะทันหัน とつぷつせい 突発性発疹     โรคสมองอักเสบญี่ปุ่น にほんのらえん 日本脳炎     ไข้ ねつ 熱性けいれん

อื่นๆ その他

---

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ けんさいちりゅう 現在治療している病気はありますか     ให้ はい     ไม่ให้ いいえ

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ しゅじゅつ 手術を受けたことがありますか     ให้ はい     ไม่ให้ いいえ

เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ ますい 麻酔をして何かトラブルがありましたか     ให้ はい     ไม่ให้ いいえ

ต่อไปนี้ หล่ามพามาเองได้ หรือไม่ こんご 今後、通訳を自分で連れてくることができますか     ให้ はい     ไม่ให้ いいえ

# แบบสอบถามอาการแพนกวโรคผิวหนัง

ひふかもんしんひょう  
皮膚科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

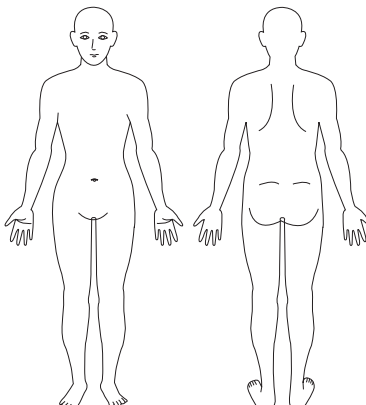
กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. ねん \_\_\_\_\_

เดือน がつ \_\_\_\_\_

วันที่ にち \_\_\_\_\_

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>		<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがつび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. <small>ねん</small> _____	เดือน <small>がつ</small> _____	วันที่ <small>にち</small> _____
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>		
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
สัญชาติ <small>こくさき 国籍</small>	ภาษา <small>ごば 言葉</small>		

มีอาการอย่างไร <small>どうしましたか</small>	โปรดทำเครื่องหมายวงกลมตรงที่มีอาการอย่างไรได้ <small>しょうじょう あるところに丸をしてください</small>
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <small>おたけ</small> ไข้) <small>熱がある</small> <input type="checkbox"/> เจ็บ <small>いた</small> 痛い <input type="checkbox"/> คัน <small>かゆい</small> คัน <input type="checkbox"/> ผื่นแดง <small>かさ</small> ผื่นแดง <small>発疹</small> <input type="checkbox"/> อักเสบ <small>しん</small> อักเสบ <small>湿疹</small> <input type="checkbox"/> ปาน <small>あざ</small> ปาน <input type="checkbox"/> ผื่น <small>ほくろ</small> ผื่น <small>ほくろ</small> <input type="checkbox"/> โรคติดต่อ <small>みずむし</small> โรคติดต่อ <small>水虫</small> <input type="checkbox"/> เปื่อย <small>じくじく</small> เปื่อย <small>じくじく</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <small>それはいつからですか</small>	
_____ ตั้งแต่ปีพ.ศ. <small>ねん</small> _____	
_____ เดือน <small>がつ</small> _____	
_____ วันที่ <small>にち</small> _____	
อาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ <small>しょうじょう へんか 症状は変化していますか</small>	
<input type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลง <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่เปลี่ยนแปลง <small>いいえ</small>	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり た 食べ物でアレルギーがでますか</small>	
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ยา <small>くすり</small> <input type="checkbox"/> อาหาร <small>食べ物</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small> <input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>	
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>げんさい の ぐすり 現在飲んでいる薬はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small> → <small>ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆอยู่</small> <small>もって</small> รับประทาน <small>みせて</small> รับประทาน <small>ください</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>にんしん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> → _____ เดือน <small>かげつ</small> <input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いま までにかかった びょうき 病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small> <input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small> <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small> <input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small> <input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small> <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうりょうびょう 糖尿病</small> <input type="checkbox"/> ไข้ <small>ぜんそく ぜんそく</small> <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small> <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small> <input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <small>ごうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small> <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <small>げんさい ちりょう 現在治療している病気はありますか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>しじゅつ 手術を受けたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยใช้ยาเสพติดแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ต่อไปนี้จะหาลำถามเองได้ หรือไม่ <small>こんご つうやく 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>	
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>	

# แบบสอบถามอาการแพนกสูตินารีเวช

さん ふ じん か もんしんひょう  
産婦人科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年

เดือน <sup>がつ</sup> 月

วันที่ <sup>にち</sup> 日

ชื่อและนามสกุล <sup>なまえ</sup> 名前			<input type="checkbox"/> ชาย <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> หญิง <sup>おんな</sup> 女
วันเดือนปีเกิด <sup>せいねんがっぴ</sup> 生年月日	ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年	เดือน <sup>がつ</sup> 月	วันที่ <sup>にち</sup> 日	เบอร์โทรศัพท์ <sup>でんわ</sup> 電話
ที่อยู่ <sup>じゅうしょ</sup> 住所				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <sup>けんこうほけん</sup> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> 是		<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> 否	
สัญชาติ <sup>こくさき</sup> 国籍	ภาษา <sup>ことば</sup> 言葉			

มีอาการอย่างไร <sup>どうしましたか</sup> どのようにですか

<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠	<input type="checkbox"/> ประจำเดือนผิดปกติ <sup>げっけい</sup> 月経の異常	<input type="checkbox"/> ตกขาว <sup>おりもの</sup> おりもの	<input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย <sup>かぶくぶ</sup> 下腹部が痛い
<input type="checkbox"/> มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะเพศ <sup>ふせいせい</sup> 不正性器出血	<input type="checkbox"/> ตั้งเนื้องอก <sup>ポリープ</sup> ポリープ	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่มดลูก <sup>しきゅうきんしゅ</sup> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่รังไข่ <sup>らんそう</sup> 卵巣のう腫瘍
<input type="checkbox"/> คันที่อวัยวะเพศ <sup>せいき</sup> 性器のかゆみ	<input type="checkbox"/> เป็นหมัน <sup>ふにんしょう</sup> 不妊症	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง <sup>ひんけつ</sup> 貧血	<input type="checkbox"/> ตรวจมะเร็ง <sup>がんけん</sup> がん検診
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他			

เกี่ยวกับประจำเดือน <sup>せいり</sup> 生理について

เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่อไหร่ <sup>はじめて</sup> 初めての生理があったのはいつですか

อายุ <sup>さい</sup> 年

หมดประจำเดือนเมื่อไหร่ <sup>閉経</sup> 閉経はいつですか

อายุ <sup>さい</sup> 年

ประจำเดือนปกติหรือไม่ <sup>せいりは</sup> 生理は順調ですか

ปกติ <sup>はい</sup> 是  ไม่ปกติ <sup>いいえ</sup> 否

ครบรอบประจำเดือน <sup>しゅうき</sup> 周期について

28วัน <sup>28日型</sup> 28日型  30วัน <sup>30日型</sup> 30日型  \_\_\_\_\_ วัน <sup>日型</sup> 日型  ไม่ประจำ <sup>ふじゆん</sup> 不順

ประจำเดือนมากี่วัน <sup>せいりの</sup> 生理の期間について

\_\_\_\_\_ วัน <sup>日簡</sup> 日間

ปริมาณของประจำเดือน <sup>せいりの</sup> 生理の量について

มาก <sup>おおい</sup> 多い  ปกติ <sup>ふつう</sup> 普通  น้อย <sup>すくない</sup> 少ない

ปวดประจำเดือน <sup>せいり</sup> 生理痛はありますか

มี <sup>はい</sup> 是  ไม่มี <sup>いいえ</sup> 否

ประจำเดือนครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ <sup>さいしゅうげっけい</sup> 最終月経は

\_\_\_\_\_ เดือน <sup>がつ</sup> 月 \_\_\_\_\_ วันที่ <sup>にち</sup> 日

ประวัติการตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠した回数

ตั้งครรภ์ <sup>にんしん</sup> 妊娠 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

คลอด <sup>ぶん</sup> 分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回 →  คลอดปกติ <sup>せいじょうぶん</sup> 正常分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回  คลอดผิดปกติ <sup>せいじょうぶん</sup> 異常分娩 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

แท้งบุตร <sup>りゅうざん</sup> 流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回 →  แท้งธรรมชาติ <sup>しぜんりゅうざん</sup> 自然流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回  ทำแท้ง <sup>じんこうりゅうざん</sup> 人工流産 \_\_\_\_\_ ครั้ง <sup>かい</sup> 回

อื่นๆ <sup>その他</sup> その他  ตั้งครรภ์นอกมดลูก <sup>しきゅうがい</sup> 子宮外妊娠  ครรภ์ไข่ปลาอุกที่มีลักษณะคล้ายถุงหุ้ม <sup>けいはい</sup> 絨毛膜奇胎

ผู้ที่ตั้งครรภ์มีความประสงค์จะคลอดที่โรงพยาบาลหรือไม่ <sup>にんしん</sup> 妊娠の方は当院での出産を希望しますか

ต้องการ <sup>はい</sup> 是  ไม่ต้องการ <sup>いいえ</sup> 否

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <sup>くすり</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย <sup>はい</sup> 是 →  ยา <sup>くすり</sup> 薬  อาหาร <sup>たべもの</sup> 食べ物  อื่นๆ <sup>その他</sup> その他  ไม่เคย <sup>いいえ</sup> 否

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <sup>げんざい</sup> 現在飲んでいる薬はありますか

กิน <sup>はい</sup> 是 →  ชนิดนี้ถ้ามียาน้อยอยู่ขอดูหน่อย <sup>も</sup> 持っていれば見せてください  ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> 否

เคยได้รับการตรวจมะเร็งหรือไม่ <sup>がん</sup> がん検診を受けたことがありますか

เคย <sup>はい</sup> 是 → \_\_\_\_\_ ปี <sup>ねん</sup> 年 \_\_\_\_\_ เดือน <sup>がつ</sup> 月 \_\_\_\_\_ วันที่ <sup>にち</sup> 日  ไม่เคย <sup>いいえ</sup> 否

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <sup>いま</sup> 今までにかかった病気はありますか

<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <sup>いちょう</sup> 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> โรคตับ <sup>かんぞう</sup> 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <sup>しんぞう</sup> 心臓の病気
<input type="checkbox"/> โรคไต <sup>じんぞう</sup> 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> วัณโรค <sup>けつかく</sup> 結核	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <sup>とうにょうびょう</sup> 糖尿病
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <sup>エイズ</sup> エイズ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมธัยรอยด์ <sup>こうじょうせん</sup> 甲状腺の病気
<input type="checkbox"/> ภูมิโรค / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <sup>せいびょう</sup> 性病	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <sup>その他</sup> その他	

เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>手術を受けたことがありますか</small>						<input type="checkbox"/> ให้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <small>輸血を受けたことがありますか</small>						<input type="checkbox"/> ให้ はい	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ
ประวัติของบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน <small>家族の病歴</small>							
	อายุ <small>年齢</small>	แข็งแรง <small>健康</small>	ไม่แข็งแรง <small>健康ではない</small>	โรคกรรมพันธุ์ <small>遺伝病</small>	ความดันโลหิตสูง <small>高血圧</small>	โรคเบาหวาน <small>糖尿病</small>	มะเร็ง <small>がん</small>
พ่อ <small>父</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แม่ <small>母</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่ชายน้องชาย <small>兄弟</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
พี่สาวน้องสาว <small>姉妹</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สามี <small>夫</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บุตร <small>子ども</small>	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อไปนี้จะสามารถพามาเองได้หรือไม่ <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>							
<input type="checkbox"/> ให้ はい						<input type="checkbox"/> ไม่ให้ いいえ	

<2/2ページ>

# แบบสอบถามอาการแพนกวตา

がんかもんしんひょう  
眼科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年

เดือน <sup>がつ</sup> 月

วันที่ <sup>にち</sup> 日

ชื่อและนามสกุล <sup>なまえ</sup> 名前			<input type="checkbox"/> ชาย <sup>おとこ</sup> 男	<input type="checkbox"/> หญิง <sup>おんな</sup> 女
วันเดือนปีเกิด <sup>せいねんがた</sup> 生年月日	ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年	เดือน <sup>がつ</sup> 月	วันที่ <sup>にち</sup> 日	เบอร์โทรศัพท์ <sup>でんわ</sup> 電話
ที่อยู่ <sup>じゅうしょ</sup> 住所				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <sup>けんこうほけん</sup> 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> มี <sup>はい</sup> はい		<input type="checkbox"/> ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ	
สัญชาติ <sup>こくさき</sup> 国籍	ภาษา <sup>ことば</sup> 言葉			

มีอาการอย่างไร <sup>どうしましたか</sup> どうしましたか

ตาขวา <sup>みぎめ</sup> 右眼       ตาซ้าย <sup>ひだりめ</sup> 左眼       ทั้งสองข้าง <sup>りょうめ</sup> 両眼       น้ำตาไหล <sup>なみだ</sup> 涙が出る

ปวด <sup>いた</sup> 痛い       ขี้ตา <sup>め</sup> 目に       ตาบวม <sup>はれもの</sup> はれもの

เคืองตา <sup>ゴロゴロ</sup> ゴロゴロする       มองเห็นไม่ถนัด <sup>見えにくい</sup> 見えにくい

มองเห็นของซ้อนกัน <sup>物が二重に見える</sup> 物が二重に見える       แสบตา <sup>まぶしい</sup> まぶしい       อื่นๆ <sup>その他</sup> その他

มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <sup>それはいつからですか</sup> それはいつからですか

ตั้งแต่ปีพ.ศ. <sup>ねん</sup> 年      เดือน <sup>がつ</sup> 月      วันที่ <sup>にち</sup> 日から

เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <sup>くすり た 食物</sup> 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

เคย <sup>はい</sup> はい →  ยา <sup>くすり</sup> 薬       อาหาร <sup>た 食物</sup> 食べ物       อื่นๆ <sup>その他</sup> その他       ไม่เคย <sup>いいえ</sup> いいえ

ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <sup>けんざいのくすり</sup> 現在飲んでいる薬はありますか

กิน <sup>はい</sup> はい → ขณะนี้ถ้ามียาน้อยอยู่ขอคุณอย <sup>も</sup> 持っていれば見せてください       ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

ขณะนี้มีการตั้งครรภ์ หรือ อาจมีการตั้งครรภ์หรือไม่ <sup>にんしん</sup> 妊娠していますか、またその可能性 <sup>かのうせい</sup> がありますか

มี <sup>はい</sup> はい →      เดือน <sup>かげつ</sup> 月       ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ

ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <sup>じゆにゅうちゆう</sup> 授乳中ですか

ให้ <sup>はい</sup> はい       ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <sup>ますい</sup> 麻酔をして何か <sup>なに</sup> トラブルがありましたか

ให้ <sup>はい</sup> はい       ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <sup>いま</sup> 今までに <sup>ひょうき</sup> かった病気はありますか

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <sup>いちょう ひょうき</sup> 胃腸の病気       โรคตับ <sup>かんぞう ひょうき</sup> 肝臓の病気       โรคหัวใจ <sup>しんぞう ひょうき</sup> 心臓の病気

โรคไต <sup>じんぞう ひょうき</sup> 腎臓の病気       วัณโรค <sup>けつかく</sup> 結核       โรคเบาหวาน <sup>とうにょうびょう</sup> 糖尿病

โรคความดันโลหิตสูง <sup>こうけつあつしやう</sup> 高血圧症       โรคเอดส์ <sup>エイズ</sup> エイズ       โรคต่อมธัยรอยด์ <sup>こうじょうせん ひょうき</sup> 甲状腺の病気       ซิฟิลิส <sup>はいどく</sup> 梅毒

อื่นๆ <sup>その他</sup> その他

ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <sup>けんざいじりゆう</sup> 現在治療している病気はありますか

ให้ <sup>はい</sup> はい       ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

ในครอบครัวของคุณมีผู้ป่วยเป็นโรคตาหรือไม่ <sup>かぞく</sup> 家族で <sup>め</sup> 目の病気 <sup>ひと</sup> の人がいますか

มี <sup>はい</sup> はい → ใคร <sup>たれ</sup> 誰が      โรคอะไร <sup>ひょうき</sup> それはどんな病気ですか

ไม่มี <sup>いいえ</sup> いいえ

ต่อไปนี้จะหาหมอมาเองได้ หรือไม่ <sup>こんご</sup> 今後、<sup>つうやく</sup> 通訳を <sup>じぶん</sup> 自分で <sup>つ</sup> 連れてくる <sup>こと</sup> ことができますか

ให้ <sup>はい</sup> はい       ไม่ให้ <sup>いいえ</sup> いいえ

# แบบสอบถามอาการแพนทหู จมูก ลำคอ

じびいんこう かもんしんひょう  
耳鼻咽喉科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>			<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small>	<input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがつび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. 年	เดือน 月	วันที่ 日	เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>				
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>		
สัญชาติ <small>こくさき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>			

มีอาการอย่างไร <small>どうしましたか</small>				
<input type="checkbox"/> มีไข้ ( <small>ねつ 熱</small> ) <small>มีอาการ</small>		<input type="checkbox"/> รู้สึกหนักศีรษะ <small>あたま หนัก 頭が重い</small>		
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <small>あたま 痛い 頭が痛い</small>				
อาการของหู <small>みみ しょうじょう 耳の症状</small>				
<input type="checkbox"/> ข้างขวา <small>みぎ 右</small>	<input type="checkbox"/> ข้างซ้าย <small>ひだり 左</small>	<input type="checkbox"/> ทั้งสองข้าง <small>りょうほう 両方</small>	<input type="checkbox"/> ปวดหู <small>みみ 痛い 耳が痛い</small>	
<input type="checkbox"/> หูเป็นน้ำหนอง <small>みみ だれ 耳だれ</small>	<input type="checkbox"/> รู้สึกมีเสียงอื้อในหู <small>みみ なる 耳なり</small>	<input type="checkbox"/> ขี้หู <small>みみ 耳あか</small>	<input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <small>めまい</small>	
<input type="checkbox"/> ฟังไม่ค่อยชัด <small>きこえがわる 聞こえが悪い</small>	<input type="checkbox"/> หูตึง <small>みみ 耳がふさがった感じ</small>			
อาการของจมูก <small>はな しょうじょう 鼻の症状</small>				
<input type="checkbox"/> คัดจมูก <small>はな 鼻がつまる</small>	<input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล <small>はな 鼻がでる</small>	<input type="checkbox"/> จาม <small>くしゃみ</small>	<input type="checkbox"/> เลือดกำเดา <small>はなぢ 鼻血</small>	
<input type="checkbox"/> กรน <small>いびき</small>	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกกลิ่น <small>においがわからない</small>			
อาการของลำคอ <small>のど しょうじょう どの症状</small>				
<input type="checkbox"/> เจ็บลิ้น <small>した 舌が痛い</small>	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <small>のど 痛いのどが痛い</small>	<input type="checkbox"/> ไอ <small>せき</small>	<input type="checkbox"/> เสมหะ <small>たん</small>	
<input type="checkbox"/> รู้สึกมีอะไรจุกคอ <small>のどに何かある感じ</small>	<input type="checkbox"/> เสียงแหบ <small>こゑが 声がかれる</small>			
<input type="checkbox"/> กลืนไม่ค่อยได้ <small>のみ込みにくい 飲み込みにくい</small>	<input type="checkbox"/> หน้าบวม คอบวม <small>かお 顔・頸部(くび)の腫れ</small>			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>				
มีอาการตั้งแต่เมื่อไหร่ <small>それはいつからですか</small>		ตั้งแต่ปีพ.ศ. 年 月 日 <small>日から</small>		
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり た 食物でアレルギーが出ますか</small>				
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ยา <small>くすり 薬</small>		<input type="checkbox"/> อาหาร <small>た 食物</small>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>現在飲んでいる薬はありますか</small>				
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small> →		ขณะนี้ถ้ามียานั้นอยู่ขอดูหน่อย <small>もって 持っていれば見せてください</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>				
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> →		เดือน 月 <small>ヶ月</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>	
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>授乳中ですか</small>			<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ดื่มเหล้าหรือไม่ <small>お酒を飲みますか</small>	<input type="checkbox"/> ดื่ม <small>はい</small> →		วันละ/ม.ล. ml/日	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <small>いいえ</small>
สูบบุหรี่หรือไม่ <small>たばこを吸いますか</small>	<input type="checkbox"/> สูบ <small>はい</small> →		วันละ/มวน 本/日	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ <small>いいえ</small>
เคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <small>手術を受けたことがありますか</small>			<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยได้รับการถ่ายโลหิตหรือไม่ <small>輸血を受けたことがありますか</small>			<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>			<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>	<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>
ต่อไปนี้จะหาล่ามพามาเองได้หรือไม่ <small>今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>				
<input type="checkbox"/> ให้ <small>はい</small>		<input type="checkbox"/> ไม่ให้ <small>いいえ</small>		

# แบบสอบถามอาการแพนกทันตกรรม

し か かんしんひょう  
歯科問診票

ภาษาไทย  
タイ語

กรุณาใส่เครื่องหมาย ใน  ข้อสอบถามต่างๆดังต่อไปนี้ あてはまるものにチェックしてください

ปีพ.ศ. 年

เดือน 月

วันที่ 日

ชื่อและนามสกุล <small>なまえ 名前</small>	<input type="checkbox"/> ชาย <small>おとこ 男</small> <input type="checkbox"/> หญิง <small>おんな 女</small>
วันเดือนปีเกิด <small>せいねんがらび 生年月日</small>	ปีพ.ศ. 年 _____ เดือน 月 _____ วันที่ 日 _____ เบอร์โทรศัพท์ <small>でんわ 電話</small>
ที่อยู่ <small>じゅうしょ 住所</small>	
มีใบประกันสุขภาพหรือไม่ <small>けんこうほけん も 健康保険を持っていますか?</small>	<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
สัญชาติ <small>こくせき 国籍</small>	ภาษา <small>ことば 言葉</small>

มีอาการอย่างไร <small>どうしましたか</small>	
<input type="checkbox"/> ปวดฟัน <small>は 歯が痛い</small>	<input type="checkbox"/> ฟันที่หลุดไว้มาก <small>つめ物がとれた</small>
<input type="checkbox"/> ต้องการรักษาฟันผุ <small>むしほを治してほしい</small>	<input type="checkbox"/> ต้องการทำฟันปลอม <small>入れ歯を作りたい</small>
<input type="checkbox"/> ฟันปลอมแตก <small>入れ歯がこわれた</small>	<input type="checkbox"/> ต้องการจัดฟัน <small>はなら歯並びを治したい</small>
<input type="checkbox"/> หินปูนเกาะฟัน คราบของฟัน <small>しせき 歯垢・歯こうを取りたい</small>	<input type="checkbox"/> กลิ่นปาก <small>口臭</small>
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ <small>その他</small>	
เคยมีอาการแพ้ยาและอาหารหรือไม่ <small>くすり たべもの アレルギーが出ますか</small>	
<input type="checkbox"/> เคย <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ยา <small>くすり 薬</small> <input type="checkbox"/> อาหาร <small>たべもの 食べ物</small> <input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <small>いいえ</small>
ปัจจุบันกินยาอยู่หรือไม่ <small>げんざいの くすり 現在飲んでる薬はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> กิน <small>はい</small> → <input type="checkbox"/> ขณะนี้ถ้ามียาน้อยๆอยู่ <small>もってれば見せてください</small>	<input type="checkbox"/> ไม่กิน <small>いいえ</small>
เคยใช้ยาสลบแล้วมีปัญหาหรือไม่ <small>ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
เคยถอนฟันหรือไม่ <small>は 歯を抜いたことがありますか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่ หรือ อาจมีครรภ์หรือไม่ <small>にんしん かのうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> มี <small>はい</small> → _____ เดือน <small>かげつ 月</small>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <small>いいえ</small>
ขณะนี้ให้เด็กกินนมแม่อยู่หรือไม่ <small>じゅうちゅう 授乳中ですか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ที่ผ่านมาเคยป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง <small>いま までにかかった びょうき 病気はありますか</small>	
<input type="checkbox"/> โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ <small>いちょう びょうき 胃腸の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคตับ <small>かんぞう びょうき 肝臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคไต <small>じんぞう びょうき 腎臓の病気</small>	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <small>しんぞう びょうき 心臓の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <small>こうけつあつしやう 高血圧症</small>	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <small>とうりょうびょう 糖尿病</small>
<input type="checkbox"/> วัณโรค <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ <small>こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気</small>
<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <small>エイズ</small>	<input type="checkbox"/> หิด <small>ぜんそく ぜんそく</small>
<input type="checkbox"/> อื่นๆ <small>その他</small>	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <small>はいどく 梅毒</small>
ปัจจุบันนี้ มีโรคที่รักษาอยู่ หรือไม่ <small>げんざい ちりゅう びょうき 現在治療している病気はありますか</small>	<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>
ความประสงค์ที่จะรักษา <small>ちりゅう たい 希望 治療に対する希望</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาฟันที่ไม่ดีทั้งหมด <small>わるいところは全て治したい</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาเฉพาะฟันที่ปวดในขณะนี้ <small>いまいた は 歯だけを治したい</small>	
<input type="checkbox"/> รับการรักษาและยินยอมจ่ายค่ารักษาทั้งหมด <small>じ ひんりょう 自費診療でもかまわない</small>	
<input type="checkbox"/> ต้องการรับการรักษาภายในขอบเขตของประกันสุขภาพ <small>ほけん はんい 範囲内で治したい</small>	
<input type="checkbox"/> ปรึกษากับแพทย์แล้ว ตัดสินว่าจะรับการรักษาอย่างไร <small>そうだん 相談して決めたい</small>	
ต่อไปนี้จะหาเวลาเองได้หรือไม่ <small>こんご つかや じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか</small>	
<input type="checkbox"/> ใช่ <small>はい</small> <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <small>いいえ</small>	